Aus der Inneren Abteilung des Evangelischen Krankenhauses Bethesda
zu Gladbach Rheydt (Leitender Arzt: Prof. Dr. Denecke)

Die Bedeutung der extrasystolischen Arhythmie für die Erwerbsfähigkeit

Inaugural-Dissertation
der hohen Medizinischen Fakultät der Universität Marburg
zur Erlangung der Doktorwürde
vorgelegt

von

WALTER FISCHER
appr. Arzt aus Falkenberg (Mark)

Marburg 1929

Angenommen von der medizin. Fakultät Marburg vom 16. 12. 1929.
Referent: Prof. Schwenkenbecher.
Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Sonderabdruck aus der Wiener klinischen Wochenschrift
1930, Nr. 34.
Der Verlag behält sich das ausschließliche Vervielfältigungs- und Verbreitungsrecht aller in der „Wiener klinischen Wochenschrift" veröffentlichten Beiträge und deren Verwendung für fremdsprachige Ausgaben gemäß den gesetzlichen Bestimmungen vor.

Die Frage der Beurteilung der Extrasystolen hat um die Zeit der Jahrhundertwende durch die grundlegenden Entdeckungen Wenckebachs, Einthovens und Mackenzies vom Wesen und der Verschiedenartigkeit der einzelnen Pulsanomalien zunehmend an Interesse gewonnen. Während bis dahin der Extrareiz, wie alle anderen Irregularitäten, als Zeichen eines sehr kranken Herzens galt, drang danach mehr und mehr die Erkenntnis durch, daß Extrasystolen oft und sogar in der Mehrzahl der Fälle nichts mit organischen Krankheitsveränderungen zu tun haben. Nach einer Statistik Wenckebachs[16] von 278 Fällen beträgt der Prozentsatz der herzgesunden Extrasystoliker 55%. Dieser anscheinenden Harmlosigkeit steht andrerseits die Tatsache gegenüber, daß Extraschläge bei kranken Herzen häufig genug ernsthafte Rhythmusstörungen hervorzurufen pflegen (Vorhof-, Kammerflimmern). Bekannt ist die Neigung ventrikulärer Extrareize, in Kammerflimmern überzugehen und den Sekundenherztod (Hering) nach sich zu ziehen. Das Hinzutreten extrasystolischer zu perpetueller Arhythmie ferner ist vielfach ein übles prognostisches Zeichen. Mosler[8] und Sachs fanden unter 28 derartigen Fällen, 25 hochgradig dekompensierte Herzen. Da sich also die Extrasystolen einmal gänzlich unschuldig zu verhalten scheinen, aber in anderen Fällen zu direkt lebensbedrohlichen Zuständen überleiten, muß angenommen werden, daß es irgendwo eine Grenze gibt, wo ein bis dahin leistungsfähiger Herzmuskel durch Extrakontraktionen allmählich insuffizient wird, mit anderen Worten der Träger an die Grenze seiner Arbeitsfähigkeit gelangt oder zum mindesten seiner Arbeitsfähigkeit im Beruf (-Erwerbsfähigkeit, zitiert nach Ziemke[17]).

Für die Frage nach der praktischen Bedeutung ist von Wichtigkeit, ob sich die Extrasystolen einem gesunden oder kranken Herz- und Gefäßapparat hinzugesellen,

da sie in überwiegendem Maße auf diesen schädigend einwirken. Es leuchtet ohne weiteres ein, daß diejenigen am geeignetesten sind, Arbeitsunfähigkeit zu bedingen, bei denen organische Krankheitsveränderungen mit im Spiele sind. Daß in solchen Fällen die Insuffizienz eines Kreislaufes tatsächlich Folge der Extrasystolie allein sein kann, geht daraus hervor, daß sich die Kreislaufschwäche oft nach einer auf das Verschwinden der Extraschläge spezifisch gerichteten Behandlung hin bessert. Während früher jeder Rückgang von Dekompensation als Hebung der Herzkraft bezeichnet wurde (Riegel[10]), wies Wenckebach nach, daß eine Insuffizienz auch schon nach Beseitigung der Extraschläge wesentlich nachlassen kann, Goldscheider[2] unterscheidet drei Gruppen, und zwar 1. Gesunde, sog. Essentielle; 2. Extrasystoliker mit geringen Krankheitsveränderungen am Herzen und 3. mit mehr oder minder hochgradig dekompensierten Herzen. Eine Sonderstellung verdienen zweifellos die psychisch bedingten Extrasystolen, weil sie infolge ihres neuropathischen Einschlages eine besondere Erscheinungsform bieten. Abgesehen davon, daß jeder Mensch durch Extrasystolen neurasthenisch oder hypochondrisch werden kann, ohne daß vorher Zeichen psychischer Anomalie nachweisbar waren, kann eine schon vorhandene Nervosität durch sie so gesteigert werden, daß Arbeitsminderung resultiert. Wenckebach und Winterberg gelangten zu folgender Gruppierung: 1. Extrasystolen bei Gesunden; 2. bei Herz- und sonstigen Krankheiten und 3. bei psychischer Alteration.

Es soll nun darauf eingegangen werden, wie sich diese drei Gruppen einzeln in ihrer Leistungsfähigkeit verhalten; insbesondere interessiert, inwieweit bei allen drei Arten die extrasystolische Störung an der Herabsetzung der Leistungsfähigkeit bis zur Arbeitsunfähigkeit beteiligt sein kann.

Streng genommen gehören zu den erwerbsbeschränkten Fällen auch diejenigen, bei denen nur zeitweise Leistungsschwäche, in den Zwischenzeiten aber volle Arbeitsfähigkeit besteht. Bei exakter Prognosestellung kommt es ferner darauf an, die Grenze zwischen gesund und beginnender Insuffizienz zu finden. Diese Entscheidung scheitert jedoch allzu häufig an den Methoden selbst, die zur Prüfung der Herzfunktionskraft dienen sollen, auch wenn es ihrer eine große Anzahl gibt. Moritz[7] betont, daß gerade bei der Extrasystolie die auf Insuffizienz hinweisenden Merkmale an Puls, Atmung und Blutdruck polygenetischen Charakter haben können. Auch die von Eppinger ausgegangene Anregung, bei Insuffizienzverdächtigen den Milchsäuregehalt des Blutes zu bestimmen, der dann auf 20 bis 30 mg% erhöht sein soll, verbürgt keine abso-

lute Zuverlässigkeit. Solche Erhöhungen kommen auch bei anderen Organstörungen vor, z. B. Thyreotoxikosen; außerdem hebt Romberg[13] hervor, daß zwischen der Vermehrung der Blutmilchsäure und der Schwere der Dekompensation keine Parallelen zu beobachten sind. Irrtümlicherweise werden oft auch Herzdilatationen im Sinne beginnender Insuffizienz gedeutet. Romberg[12] verweist darauf, daß Schwächerweiterungen infolge vermehrter Füllungsspannung verstärkte Kontraktionen bedingen und dann kompensatorisch wirken können, so daß selbst starke Dilatationen oft noch erstaunliche Leistungen gewährleisten. Da die Frage, ob ein Kreislauf noch suffizient ist, also oft unentschieden bleibt, kann umgekehrt von keinem Herzen mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden, daß sein Träger etwa schon die Grenze völliger Leistungsfähigkeit überschritten hat. Wenn also eine gewisse Zahl von Extrasystolikern sicherlich leistungsgeschwächt sein mögen, ohne als solche erkannt zu werden, lehrt andrerseits die Erfahrung, daß zwischen eingetretener Leistungsminderung und totaler Leistungsunfähigkeit noch große Differenzen bestehen. Gerade unter den Extrasystolikern ist die Fähigkeit, erstaunliche Muskelleistungen auszuführen, sehr verbreitet. Sie können dabei ein hohes Lebensalter erreichen. Erinnert sei an den von Wenckebach[14] berichteten Fall eines mit Vorhofextrasystolen behafteten Geologen, der jahrelang anstrengende Gebirgsmärsche machte und hinterher sogar eine Inselexpedition bewerkstelligte. Auffallend ist dennoch die auseinanderweichende Auffassung der Autoren über die Militärtauglichkeit der Extrasystoliker. Hering[3] hält die Betroffenen nicht für dienstfähig, während die Mehrzahl der anderen ohne Bedenken sich für die Heranziehung zum Heeresdienst ausspricht. Hering geht demnach wohl zum mindesten von dem Gedanken einer geringen Schwächung der Leistungsfähigkeit durch Extrasystolie aus. Hoffmann[4] beobachtete drei organisch Gesunde mit gehäuften Vorhofextrasystolen, bei denen ein paar Stunden lang völlige Hilflosigkeit bestand. Wenn er solche Fälle dahin beurteilt, daß sie nicht zum Frontdienst, wohl aber zum Etappendienst verwendbar waren, ergibt sich die Folgerung, daß auch die als gänzlich gesund anzusehenden Extrasystoliker zeitweise leistungsherabgesetzt sein können.

Im Gegensatz zu den Gesunden sind die mit einem Organleiden behafteten Extrasystoliker aus naheliegenden Gründen leichter in ihrer Leistungsfähigkeit beeinflußbar, wenn auch hier die Zahl solcher Fälle sicherlich niedrig zu bemessen ist. Aus der Tatsache, daß manche quälenden Extrakontraktionen erst durch Beseitigung einer Störung in entfernten Organen aufhören, wie Wenckebach in einem Falle von chronischer Cholezystitis und Matthes

bei Askariasis erwiesen haben, läßt sich ermessen, wie schwer jene Kranken neben ihrer Organstörung durch die extrasystolische Arhythmie in Mitleidenschaft gezogen worden sind. Zum mindesten kann nicht geleugnet werden, daß die Extrasystolen in solchen Fällen eine leistungsherabsetzende Wirkung ausüben müssen, wenngleich das Kreislaufsystem intakt bleibt. — Bei den zu einem organischen Herz- und Gefäßleiden hinzutretenden Extraschlägen läßt sich eine Leistungsminderung weitaus häufiger antreffen; es kommt sogar nicht selten zur Invalidität. Die Art und Schwere der organischen Affektion spielt dabei eine untergeordnete Bedeutung. Da die Arhythmie eine Krankheit sui generis darstellt, kann es bei leichtesten wie bei schweren Fällen zur Erwerbsminderung kommen. Im allgemeinen herrscht die Ansicht vor, daß die gehäuften Extrasystolen ungünstiger zu beurteilen seien, als die vereinzelten, ebenso die von den Vorhöfen gegenüber den von anderen Stellen ausgehenden. Bestimmte prognostische Aussagen lassen sich aber daraus hinsichtlich der Leistungsfähigkeit nicht machen. Grassmann[1] fand sogar bei Menschen mit sporadischen Einzelschlägen im späteren Verlauf Attacken von Tachyarhythmie; auch sah er einen Fall mit nur ganz vereinzelten Extrareizen, der letal endete. Ausgesprochene Stauungserscheinungen der inneren Organe als Folge der bei Herzkranken vorkommenden Extrasystolen sind nicht beschrieben worden. Offenbar erklärt sich die Leistungsunfähigkeit vieler herzkranker Extrasystoliker schon allein aus den Kreislaufschwankungen, die die Irregularität mit sich bringt. Erwähnt sei übrigens, daß Arbeitsunfähigkeit durch Extrasystolie sogar behoben werden kann. Einen solchen Fall sog. escaped beats haben Nikolai[9] und Plesch beschrieben.

Bei den noch zu besprechenden psychisch alterierten Extrasystolikern handelt es sich um solche, die mit abnormer, psychischer Verfassung behaftet sind, sei es, daß angeboren oder erworben eine psychische Minderwertigkeit (Hysterie, Neurasthenie, Cyclothymie) vorliegt oder daß sich sekundär als Folge der Irregularität eine Nervosität herausgebildet hat. Es ist verständlich, wenn bei disponierten Menschen, die mit der Extrasystolie verbundenen unangenehmen Sensationen die Furcht, herzkrank zu sein, erwecken oder soweit sie schon vorhanden war, verstärken. Eine sich so entwickelnde Nervosität oder die Steigerung einer schon vorhandenen erzeugen dann mit Leichtigkeit neue Extrasystolen, so daß es mit der Zeit zu einem Circulus vitiosus kommen kann, wie Wenckebach solche Menschen drastisch Herzmasturbanten nennt. Trotzdem kann der Effekt der Irregularität bei intaktem Herzen gering bleiben. Selbst auf die Nervösen mit konstitutioneller Asthenie brauchen gehäufte Extra-

systolen keinen leistungsmindernden Einfluß auszuüben. Wenn gehäufte Extrasystolen nach Ansicht vieler Autoren (Külbs,[6] Romberg) an sich Leistungsminderung bedeutet, insofern sie eben bei körperlich und nervös Erschöpften überwiegend angetroffen werden, steht ihnen diese Bedeutung nur im Rahmen der durch die allgemeine Asthenie bedingten Erwerbsminderung zu. Die Begutachtung der nervösen Extrasystoliker stellt im übrigen eins der schwersten Kapitel in der Beurteilung der Extrasystoliker überhaupt dar. Die subjektiven Beschwerden werden oft so stark überwertet, daß sie erst nach einer längeren Beobachtung mit wiederholten Untersuchungen richtig bewertet werden können. Liegen obendrein Rentenbegehrungsvorstellungen vor, dann kommt es sehr leicht zur Fixation der nervösen Störungen und damit zur erneuten Auslösung von Extrasystolen. Kommt es dabei zur Leistungsminderung des Kreislaufes, so rollt sich von selbst das schwierige Problem der richtigen Bewertung rentenneurotischer Erscheinungen auf. Hoffmann[4] empfahl die Begutachtung solcher Extrasystoliker am besten „der Erfahrung und Schulung des einzelnen Arztes" zu überlassen. — Im folgenden sei zunächst ein Fall beschrieben, bei dem trotz konstitutioneller und nervöser Asthenie die Extrasystolen keine weitere Schädigung der Erwerbsfähigkeit bedingte. Er wurde vom 18. bis 26. September 1928 zwecks Feststellung des Grades der Erwerbsfähigkeit auf der hiesigen Abteilung beobachtet.

Fall 1. K. R., 26 Jahre alt. Anamnese: Familie frei von Lungen- und Nervenkrankheiten. In der Kindheit stets gesund. Mit 16 Jahren unbedeutende Quetschung der Brust und des Oberbauches (keine Rente). Mit 21 und 24 Jahren je ein normaler Partus. Bis zum 22. Lebensjahr als Weberin tätig. Dann an zahlreichen Beschwerden erkrankt und im gleichen Jahr invalidisiert worden wegen Unterleibsleidens, Wanderniere und allgemeiner Körperschwäche. April 1927 Cholezystektomie. Herbst 1927 Grippe mit Bronchitis.

Klagen: Kurzatmigkeit und Herzklopfen beim Treppensteigen. Gelegentlich Stiche in der linken Lunge. Nach den Mahlzeiten krampfartige Schmerzen im mittleren Oberbauch. Beim Bücken Schmerzen im Rücken.

Befund: 1.46 m große, 44 kg schwere Patientin. Habitus asthenicus. Muskulatur auffallend weich und schlank. Kein Fettpolster. Skelettsystem normal. Psychisches Verhalten labil. Herz: Dämpfungszone innerhalb normaler Grenzen. Töne mit Ausnahme eines leisen systolischen Geräusches über Spitze rein. Im Röntgenbild normale Form und Größe, Retrokardialraum frei. Orthodiagramm: M. r. 3.7, M. l. 6.5, T. r. 10.2, L, 11,2 cm, Nach jedem zehnten Pulsschlag eine bis mehrere Extrasystolen mit kompensatorischer Pause, Puls gut gefüllt, nicht beschleunigt. R. R. 115/65 mm Hg. Herzfunktionsprüfung: Nach zehn Kniebeugen Anstieg des Pulses von 60 auf 80, des Blutdruckes auf 130/75 mm Hg, keine Dyspnoe und Zyanose, keine Extrasystole.

Zwei Minuten später Anfangswerte wieder erreicht. — Lungen: physikalisch normal, röntgenologisch außer mäßiger Hilusverdichtung nichts Besonderes. Leib: Reizlose Hautnarbe im rechten Oberbauch, diffuse Druckempfindlichkeit in der linken Bauchseite. Rechter Nierenpol leicht abtastbar und beweglich, frei von Druckschmerz. Leber und Milz o. B. Magendurchleuchtung: Tiefstand des kaudalen Poles bis ins kleine Becken, Wulstung der Schleimhautzeichnung, im übrigen normales Verhalten. Nach drei Stunden kleiner Rest im Fundus, nach neun Stunden feiner Wandbelag. Magensaft: Freie HCl 22, Gesamtazidität 41, mikroskopisch o. B. Stuhl normal. Urin in Ordnung. Genitale außer kleinem Uterus o. B., Fluor albus. Nervensystem intakt. Blutbild von normaler Zusammensetzung. Wa. R. negativ. Blutsenkungsdauer nicht beschleunigt.

Diagnose: Konstitutionelle und psychische Asthenie mit extrasystolischer Arhythmie, Atonia et Ptosis ventriculi, ren mobilis dexter.

Beurteilung: Die Frage, ob die 1924 entstandene Invalidität noch bestand, mußte verneint werden, da die Gesamterwerbsminderung im Hinblick auf die allgemeine Asthenie mit 50% genügend hoch bewertet war. Die Extrasystolie beeinflußte die Erwerbsfähigkeit nicht; denn das Herz zeigte bei der Untersuchung in jeder Beziehung normales Verhalten und erwies sich als normal leistungsfähig. Die Irregularität kam also während der damaligen Beobachtung nicht als leistungsmindernder Faktor in Betracht und hatte auf Grund der Akten früher nie zum Versagen des Kreislaufes geführt.

Im Gegensatz zu diesem Fall (1) beweist ein anderer, später zu schildernder, (2), daß die unter psychischem Einfluß stehenden Extraschläge manchmal doch die Leistungsfähigkeit des Zirkulationssystems beeinträchtigen können, noch dazu bei nicht konstitutionellen Asthenikern. Im allgemeinen wird die Bedeutung der auf psychischer Grundlage beruhenden Extrasystolen gering eingeschätzt. Immerhin sind doch einige Fälle mit Leistungsminderung beobachtet worden. Romberg[11] berichtet von einem funktionellen Extrasystoliker, dessen nur vereinzelte Extraschläge sich bei der Funktionsprüfung bis zur Bigeminie steigerten, so daß er ihn für nennenswerte Anstrengungen nicht geeignet hielt. Auch ein von Wenckebach[15] zitierter Fall kann mit gewisser Berechtigung hierzu gerechnet werden, soweit das in diesem Fall gering hypertrophische Herz angesichts der starken Muskulatur („herkulischer Bau") als normal bezeichnet werden darf. Es handelte sich um einen 46jährigen Arzt, der im Anschluß an einen psychischen Insult Extrasystolie bekam, die 24 Stunden Bettruhe nötig machte. Als weiteres Beispiel dient folgender Fall, der vom 10. bis 15. September 1929 hier beobachtet wurde.

Fall 2. B. L., 49 Jahre alt, Bahnpolizist. Anamnese: Entstammt gesunder Familie. Ehefrau und beide Kinder gesund. In der Kindheit nie krank gewesen. 1898 bis

1901 aktiv gedient. 1913/14 Geschwulstoperation am linken Ohr. Von 1914 bis 1917 im Felde gewesen. In Mazedonien 1917 Malaria und von März bis Juni 1917 deswegen im Lazarett behandelt worden. April 1917 erstmalig nervöse Herzbeschwerden mit dem Gefühl hexenschußartiger Schmerzen von der Herzgegend bis in den linken Arm. Eine damals vermutete Lues latens im selben Krankenblatt als Fehldiagnose bezeichnet und später stets in Abrede gestellt. Nach Beendigung der Lazarettbehandlung nicht mehr ins Feld gekommen und Juli 1918 entlassen. Bis 1924 jährlich ein- bis zweimal Malariarezidiv. Vielfach Herzbeschwerden, u. a. Kuren in Friedrichroda und Bad Nauheim.

Aktenauszug: Februar 1921 wurden nervöse Herzstörung und Malaria als K. D. B. anerkannt, allgemeine Nervosität abgelehnt. L. erhielt eine Militärrente von 20%. 1925 Abfindung. 1927 Antrag auf Rentenwiedergewährung. Die Herzstörung wurde als teils nervös bedingt, teils als Folge einer Schilddrüsenvergrößerung aufgefaßt; die Möglichkeit einer Malaria wurde zugegeben. E. M. infolge der K. D. B.-Leiden (nervöse Herzstörung und Malaria) unter 25%. Rentenantrag daraufhin abgelehnt. Anfang 1928 seitens eines von der Bahnverwaltung beauftragten Arztes Herzfehler festgestellt und Invalidität angenommen. April 1928 erneute Untersuchung mit dem Ergebnis einer Herzmuskelschwäche starken Grades mit Vergrößerung des Herzens nach beiden Seiten. Invalidität als vorübergehend angenommen. Daraufhin Berufung gegen den militärbehördlichen Bescheid.

Klagen: Dauernde Schmerzen in der Herzgegend, die in den linken Arm ausstrahlen. Plötzliche Erschöpfungszustände, z. B. nach Treppensteigen, Schuhzuknöpfen, beim Schreiben. Schnelle Erregbarkeit. Unsicherheit auf der Straße. Exzesse in Baccho et Venere negiert, desgleichen Nikotinabusus.

Befund: 1.71 m großer, 73.8 kg schwerer Patient. Knochenbau kräftig. Muskulatur genügend. Fettpolster reichlich. Thyreoidea etwas groß, weich, nicht druckempfindlich. Haut und Schleimhäute normal. Skelettsystem o. B.

Herz: Grenzen (perkutorisch): Mr. 3.5, Ml. 9.0 cm. Obere Grenze in Höhe der vierten Rippe. Orthodiagramm: Mr. 3.6 cm (Mittelwert 4.3, Ml. 8.9 cm (Mittelwert 8.8), u. Qu. 5.0, o. Qu. 2.6, L. 12.3 cm (Mittelwert 14.2 cm). Herztöne rein. Aktion unregelmäßig, alle drei bis vier Schläge ein bis zwei Extrasystolen. Puls gut gefüllt und gespannt, irregulär und inäqual. Elektrokardiogramm: Extrasystolen, bei denen die Vorhöfe fehlen; kompensatorische Pause. Ventrikelkomplexe klein und von unveränderter Form (ventrikuläre Extrasystolen nach Typus C). Herzfunktionsprüfung: In der Ruhe Pulszahl 80, Atmungszahl 20, R. R. 145/100 mm Hg. Nach zehn Knie- und fünf Rumpfbeugen Pulszahl 80, Atmungszahl 24, RR 145/100 mm Hg.

Lungen außer einer im Röntgenbild sichtbaren deutlichen Hilusverdichtung normal. Digestions- und Urogenitaltraktus frei von Abnormitäten. Stuhl normal. Urin in Ordnung. Nervensystem ±. Augen: Pupillen o. B. Fundus normal. Reflexe sämtlich normal auslösbar. Sensibilität intakt. Untersuchung des Liquor cerebrospinalis verweigert. Blut: Hämoglobin 85%. Rote: 4.80 Millionen. Weiße: 8800. Differentialbild normal. Wa R. negativ. Meinicke negativ. Senkungszeit: 2½ Std.

Diagnose: Extrasystolische Arrhythmie bei Neurosis cordis.

Beurteilung: Für die Herzneurose konnten verschiedene Entstehungsursachen in Betracht kommen: allgemeine Kriegsstrapazen, Ueberstehen von Malaria, die Vergrößerung der Thyreoidea. Lues mußte mangels ausreichender Aktenunterlagen und luetischer Symptome als auslösendes Moment wegfallen.

Der Zustand der Herzneurose hatte sich vom Frühjahr 1928 an unbedingt verschlechtert. Noch ehe die schädlichen Einflüsse des Krieges abgeklungen sein konnten, waren als neue auslösende Momente das steigende Lebensalter als erschwerender Faktor im Wirtschaftskampf und der Rentenkampf hinzugetreten. Letzterer verschärfte sich offensichtlich durch die für L. unüberbrückbaren Widersprüche zwischen seinen subjektiven Empfindungen und den ärztlichen Untersuchungsergebnissen. Die Aufregungen des Rentenkampfes verschlimmerten ihrerseits die Neurasthenie, besonders nachdem im Frühjahr 1928 Arbeitsunfähigkeit ärztlicherseits angenommen wurde. Denn der Unterschied, den die Invalidengutachter in der Beurteilung des Gesamterwerbszustandes im Gegensatz zu den Militärgutachtern zu machen hatten, war für L. unverständlich. Da er sich ungerecht beurteilt fühlte, kam es zu neuen seelischen Aufregungen mit Verstärkung der nervösen Beschwerden.

Obwohl das Herz röntgenologisch und physikalisch normal befunden wurde, zeigte die Funktionsprüfung durch das Ausbleiben der Blutdruckerhöhung ein deutliches Nachlassen der Herzkraft an. Dies mußte der Wirkung der Extraschläge zugeschrieben werden. Die April 1928 festgestellte Herzinsuffizienz war nachträglich so zu deuten, daß damals die Extrasystolie gleichfalls am Versagen des Kreislaufes die Schuld trug. Die Verschlimmerung der Nervosität und die Abnahme der Herzleistungskraft gingen zeitlich also Hand in Hand. Es ergab sich für die Beurteilung der durch die Extrasystolie bedingten Erwerbsminderung der Schluß, daß angesichts der Möglichkeit zeitweise völligen Versagens der Herzkraft eine E. M. von 40% im Jahresdurchschnitt bestand.

Dieser Fall und die davor erwähnten Beispiele nervöser Extrasystolie haben das Gemeinsame, daß die Kreislaufschwäche nur vorübergehend und nicht von Stauungserscheinungen begleitet ist. Die Arbeitsunfähigkeit hält nur kurze Zeit an, nach den bisherigen Feststellungen im Höchstfalle zwei Tage. Sind auch bei psychisch alterierten wie bei Gesunden Extraschläge mit leistungsminderndem Effekt ohne Zweifel selten, mögen sie in keinem Falle als bedeutungslos hingenommen werden, zumal bis heute noch die letzten Ursachen der extrasystolischen Irregularität unbekannt sind. Angesichts der Wichtigkeit einer richtigen Beurteilung der Extrasystoliker in Versicherungs- und Rentenangelegenheiten erhebt sich daher die dringende Forderung nach einer ausreichenden Beobachtung, wenn möglich über längere Zeit. Die Tatsache, daß sich unter den Extrasystolikern mit ausschließlich psychischer Beeinflussung auch einzelne „nicht" harmlose befinden, ist auch für die Lebensversicherungsmedizin wertvoll und dürfte

vielleicht in manchen Fällen zu einer geänderten Regelung der Versicherungsbedingungen Anlaß geben, so daß unter Umständen doch nicht alle unter 40 Jahre alten und organisch gesunden Extrasystoliker bei normaler Prämienzahlung Aufnahme finden, wie Hymans v. d. Bergh[5] dies vorgeschlagen hatte.

Literatur: [1] Graßmann: Zur prognostischen Wertigkeit und Behandlung der praktisch wichtigsten Herzarhythmien. M. m. W., 1920, Nr. 1, S. 7. — [2] Goldscheider: (Zitiert nach Mosler und Sachs.) Zur klinischen Bewertung der Extrasystolen. Berl. kl. W., 1921, S. 993. — [3] Hering (zit. nach Schultze): Die Frage der praktischen Bedeutung und der Behandlung der Extrasystolen. D. m. W., 1924, S. 1357. — [4] Hoffmann: Funktionelle und nervöse Herzkrankheiten, „Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkrieg", Bd. III. — [5] Hymans v. d. Bergh, Nolen, Siebenbeck van Heukelom: Lebensversicherungsmedizin. Berlin, 1925. — [6] Külbs: Erkrankungen der Zirkulationsorgane, „Handbuch der inneren Medizin", 2. Aufl., Bd. III, S. 91. — [7] Moritz: Ueber klinische Zeichen beginnender Herzschwäche. M. m. W., 1915, Nr. 1, S. 1. — [8] Mosler und Sachs: Zur klinischen Bewertung der Extrasystolen. Berl. kl. W., 1921, S. 994. — [9] Nikolai und Plesch (zit. nach Brugsch): „Lehrbuch der Herz- und Gefäßerkrankungen", Berlin, 1929, S. 333. — [10] Riegel (zit. nach Wenckebach): Die unregelmäßige Herztätigkeit und ihre klinische Bedeutung. Leipzig-Berlin, 1914, S. 63. — [11] Romberg: Beobachtungen über Herz- und Gefäßkrankheiten während der Kriegszeit. M. m. W., 1915, Nr. 20. — [12] Romberg: Ueber die Dekompensation der erworbenen Herzfehler und ihre Behandlung. Verhlg. d. D. Ges. f. innere Med., 1929, S. 303. — [13] Romberg: Ebenda, S. 315. — [14] Wenckebach: Die unregelmäßige Herztätigkeit und ihre klinische Bedeutung. Leipzig-Berlin, 1914, S. 51. — [15] Wenckebach: Ebenda, S. 71. — [16] Wenckebach und Winterberg: Unregelmäßige Herztätigkeit. Leipzig, 1927, S. 235. — [17] Ziemke: Begriff der Erwerbsfähigkeit in der sozialen Medizin.

Lebenslauf

Am 4. Jänner 1900 wurde ich, Carl Julius Bruno Walter Fischer, als Sohn des Fabrikdirektors Bruno Fischer und dessen Ehefrau geb. Trucks in Falkenberg (Mark) geboren. Ich besuchte dort drei Jahre lang die Volksschule. Nach Uebersiedlung meiner Eltern nach Grünberg in Schlesien wurde ich in die Sexta des dortigen Friedrich-Wilhelm-Realgymnasium aufgenommen, an welcher Anstalt ich Ostern 1918 die Reifeprüfung bestand. Meine medizinischen Studien begann ich in Jena und bestand dort Sommersemester 1920 das ärztliche Vorexamen. In den beiden folgenden Semestern besuchte ich die Universitäten Berlin und Kiel. Dann wandte ich mich nach München, wo ich im Wintersemester 1923/24 die ärztliche Prüfung bestand. Vom 1. Mai 1924 bis 30. April 1925 war ich als Medizinalpraktikant am Diakonissenkrankenhaus Bethesda zu Grünberg (Schlesien) tätig unter der Leitung von Herrn Dr. Bergemann. Nach erhaltener Approbation am 1. Mai 1925 ging ich nach Dresden und wurde Volontär-, später Assistenzarzt an der Inneren Abteilung des Johannstädter Krankenhauses unter Leitung von Herrn Prof. Dr. Rostoski. Vom 1. März 1927 bis 29. April 1928 war ich Assistenzarzt an der Inneren Abteilung des Carolakrankenhauses Dresden unter der Leitung von Herrn Geheimrat Dr. Schubert. Seit dem 1. März 1928 bin ich als Assistenzarzt an der Inneren Abteilung des Evangelischen Krankenhauses Bethesda M.-Gladbach unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Denecke tätig.

Verlag Julius Springer, Wien. Buchdruckerei Bruno Bartelt, Wien
Printed in Austria